

9.1. DISCUSIÓN.

El porcentaje de afectados (A) 42,11% que acuden de forma privada a consulta, pone de manifiesto que estos trabajadores no se benefician de la cobertura sanitaria que precisan debiéndose hacer cargo del coste económico que ello representa.

Un estudio de la OMS (Comisión Europea, 1999) muestra que, en Europa, sólo un 50% de la población activa tiene acceso a los servicios de la medicina del trabajo, lo que equivale a decir que 100 millones de trabajadores no se benefician de *ningún* servicio, y otros 100 millones disponen sólo de una cobertura elemental. Los resultados obtenidos en la presente investigación están en consonancia con dicho estudio ya que el 42,11% de (A) acuden de forma privada a consulta no beneficiándose de los servicios de salud.

No hay diferencia significativa entre (A) y (NA) por razón de género. El riesgo estimado con IC (95%) no es significativo, las variables son independientes y no están relacionadas. No se da mayor riesgo por el hecho de ser mujer para ser (A), en contra de lo que afirma Piñuel (2002) que el mobbing afecta tanto a hombres como a mujeres pero existe mayor riesgo en el grupo femenino.

El 84,21% del grupo de (A) tienen una edad superior a 31 años, siendo la media de edad 39 años, solo el 15,79% tiene de 20 a 30 años, en oposición a los datos publicados por Piñuel (2002) que destaca que casi 2 de cada 3 víctimas de mobbing tienen menos de 30 años (64%) o a lo expresado en el Informe Randstad (2003) donde se dice que el acoso por razón de edad no presenta grandes variaciones

entre tramos aunque se observa un ligero porcentaje más alto en las personas más jóvenes.

Un 23,68% de los casos (A) pertenecen al Sector de la Administración Pública, siendo significativo el nivel de riesgo de ser (A) para los trabajadores de este sector y estos datos concuerdan con los publicados por la OIT (2006) que mostraban que en España cerca de 22% de los funcionarios públicos eran víctimas de mobbing. Un 28,95% de (NA) pertenecen al Sector de la Industria, siendo significativo que el riesgo es menor para este sector.

El puesto de trabajo con más riesgo a nivel significativo de ser (A) es el de Auxiliar con un 13,16% mientras que para los (NA) sería el de Operario el puesto de trabajo con menos riesgo a nivel significativo con un 28,95%.

La media de años de antigüedad es de 9 y los resultados estadísticos muestran que el riesgo significativo de ser (A) es para los trabajadores que tienen más de 5 años de antigüedad.

Respecto al motivo de consulta el 57,89% (A) refiere problemas en el trabajo y el 31,58% sintomatología depresiva, por el contrario en el grupo de (NA) nadie hace referencia a problemas laborales estando el 47,37% expresando sintomatología depresiva.

Los resultados muestran que en la mayoría de los casos (A) la persona es capaz de definir claramente desde donde surge el problema y discrimina perfectamente que el núcleo de conflicto es externo. Sin embargo esto contrasta fuertemente con los diagnósticos médicos y/o psiquiátricos con los que llegan los pacientes, en los que en ningún

caso se hace referencia a factores laborales pero sí en un 52,63% a trastorno depresivo.

Todo ello podría explicar la resistencia que encontramos entre el grupo (A) a ingerir medicación, un 34,21% no toman ningún medicamento frente al 23,68% de los (NA). En los (A) el porcentaje que toma medicación es menor 65,79% que en los (NA) que suponen un 76,32%. De los que no toman medicación el porcentaje más elevado es para los (A) con un 59,09%. Se observa que las personas afectadas son reacias a la ingesta de medicamentos ya que reconocen la causa de su dolencia como externa a ellos.

La totalidad de casos (A) presentan Bajo estado de ánimo, ansiedad, angustia y labilidad emocional. En los casos (NA) se dan esas mismas sintomatologías e Inseguridad/Baja Autoestima que la presentan más del 90% de los casos. Los estadísticos nos muestran de forma significativa que para los (A) el síntoma es la Desconfianza.

Según el DSM-IV el 100% de los casos (A) se clasificarían en su apartado 6 - Trastornos depresivos y 17 - Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica: Problema laboral. Más del 90% en el apartado 17 - Factores psicológicos que afectan al estado físico, 7 - Trastornos de angustia sin agorafobia y 7 - Trastorno de ansiedad generalizada. Más del 50% en 7 - Trastorno por estrés agudo. Siendo estadísticamente significativa la probabilidad que los (A) presenten: Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica: Problema laboral y Trastorno por estrés agudo.

En los casos (A) el porcentaje mayor, por encima del 90%, se clasificaría según el CIE-10 como F41 - 41.2 - Trastornos mixto de

ansiedad y depresión, más del 80% como F41 - 41.1 - Trastornos de ansiedad generalizada y más del 50% como F32 - 32.1 - Episodio depresivo moderado.

Así mismo, solo una prevalencia del 18,42% de los (A) y un 15,79% de los (NA) presenta Trastorno por estrés post-traumático según los criterios del DSM-IV, siendo un 18,42% de (A) y de (NA) respectivamente, según los criterios del CIE-10. El riesgo estimado con IC (95%) de dichas clasificaciones del DSM-IV y del CIE-10 que presentan tanto los casos (A) como los (NA) no difieren significativamente y Mantel-Haenszel confirma que las variables son independientes y no están relacionadas, oponiéndose estos resultados a los referenciados por Moreno y Rodríguez (2006) en el que con una prevalencia del 54,1% se cumplía con los criterios diagnósticos del TEPT (DSM-IV) y donde concluían que los resultados confirmaban que el acoso psicológico constituye una situación de riesgo para padecer el TEPT, o a los obtenidos por Piñuel (2001) donde señala que, además de estrés postraumático los efectos psicológicos en las víctimas de acoso son estrés por coacción continuada y el síndrome de fatiga crónica o a González de Rivera (1997 y 2000) que manifiesta que conforme la situación de acoso se mantenga, alrededor de 6 meses según los expertos, la mayor parte de las víctimas sufren del síndrome de estrés postraumático.

Nuestros resultados muestran que ninguna de estas clasificaciones se corresponde íntegramente de forma inequívoca al cuadro clínico que presentan los (A). Esto lleva a que en la presente investigación lleguemos a establecer un cuadro nosológico del *mobbing*, a través del análisis de signos y síntomas que permitan su clasificación.

Según Hirigoyen (2001) el 74% de las personas acosadas presentan un promedio de 138 días de baja, este resultado no se confirmaría con el que hemos encontrado que presentan un promedio muy inferior (96,89 días) al apuntado por la autora.

Los resultados muestran que existe asociación significativa entre la intencionalidad de las conductas (más que a mis compañeros) y las situaciones de violencia en el trabajo (igual que mis compañeros) que están relacionadas con el hecho de pertenecer al grupo (A).

Todas las conductas que refieren recibir los (A) y que han evidenciado una asociación significativa se hallan incluidas en los tres tipos de conducta que califica el cuestionario IVAPT-PANDO-E-R, adaptación española (Carrión, López y Preciado, 2007; Carrión, López, Pando, 2007) *Manipulación para inducir al castigo (MIC)*, *Daños a la imagen pública (DIP)* y *Obstáculos al desempeño laboral (ODL)*. Las probabilidad que tienen los (A) de recibir estas conductas durante 6 meses o más y una o más veces por semana, es estadísticamente significativa.

En el 52,63% de los casos (A) el Mobbing es de tipo descendente (por parte de un superior) siendo estos resultados similares a los expresados en el Informe Randstad (2003) donde se dice que los mandos jerárquicos son los principales acosadores o en el de Soto (2005) donde se muestra que en el 48,8% de los casos el acosador es el Jefe o Supervisor.

En el 42,11% de los casos (A) se ha producido un cambio en la organización, a partir del cual se han iniciado o agravado las conductas de mobbing y este resultado concuerda con el estudio de

Brigando (2005) donde el mayor porcentaje confirma que el problema de origen es la entrada de un Jefe nuevo.

Los casos estudiados presentan indicios razonables del perjuicio potencial de las conductas malintencionadas, aunque no hubieran dejado secuelas residuales incapacitantes. Hay que tener en cuenta que si se demuestra la intencionalidad y/o el daño, no sería necesaria la consideración del periodo de 6 meses como indicaba (Leymann, 1990), ya que aunque no se manifieste de forma inmediata el riesgo es grave.

Los daños a la salud (impacto de las conductas en el afectado) son demostrables con el cuadro clínico que presenta el (A). Es un daño derivado del trabajo (organización y ordenación del mismo) y presenta un riesgo laboral grave e inminente. En cada caso se detallarán los grados de incapacitación relacionados con los daños a la salud en los afectados y tendremos en cuenta que la enfermedad derivada de un conflicto laboral constituye un accidente de trabajo.

9.2. CONCLUSIONES.

A través de la descripción, clasificación y análisis estadístico de los datos obtenidos y las diferencias halladas entre los dos grupos (A) y (NA) en cuanto a las variables demográficas-laborales, variables diagnósticas así como en las variables de Conflicto, Violencia y Mobbing “CVM”, podemos ordenar dichas categorías y concluir con la elaboración de la “CDP”.

La “CDP”, es un protocolo para que los profesionales de salud (psicólogos, médicos y/o psiquiatras) puedan clasificar la información

de los casos y detectar la presencia de datos significativos que pueden generarse ante la exposición a factores psicosociales negativos en el puesto de trabajo. La “CDP” facilita la valoración del daño psicosocial, determinando si estamos o no ante una situación de mobbing, violencia en el trabajo o conflicto. Así mismo los datos relevantes obtenidos a través de la “CDP” y su análisis por expertos, permiten instaurar protocolos de prevención, diseñar la metodología de intervención y también facilita la elaboración de informes periciales sobre los riesgos psicosociales en el ámbito laboral.

Veamos los resultados obtenidos mediante el análisis estadístico de la comparación de los grupos de (A) y (NA) que nos permiten establecer el perfil de cada uno de ellos.

9.2.1. Perfil demográfico-laboral.

Como muestran los datos obtenidos (tabla 37) las diferencias significativas entre ambos perfiles las podemos encontrar en la Derivación, Sector de la Actividad y Puesto de Trabajo.

Tabla 37.- Perfil demográfico-laboral.

	Deriv. Mutua	Edad	Genero	Estado civil	Sector Actividad	PT	Antigüedad
(A)	No	39	H/M	Indif.	A. Pública	Auxiliar	9 años
(NA)	Si	38	H/M	Indif.	Industria	Operario	8 años

9.2.2. Perfil diagnóstico.

Capítulo 9. Discusión y Conclusiones.

Como se puede observar (Tabla 38) el perfil de los (A) y (NA) difiere significativamente en todos los apartados a excepción de los días de baja y la ingesta de medicación.

Tabla 38.- Perfil diagnóstico.

	Motivo Consulta	Diagnóstico	Días Baja	Síntomas	DSMIV	CIE10	Toma Med.
(A)	Problemas Trabajo	Trast. depresivo	96,89 No sig.	Desconfianza	17 Problem laboral 7 Trast. Estrés agudo	-	65,79 % No sig.
(NA)	Problemas Familiares	Reacciones adaptativas	73,16 No sig.	Otros síntomas	15 Trast. Adaptativos	F43.43.2 Trast. de adaptac.	76,32 % No sig.

9.2.3. Perfil CVM (Conflicto, Violencia, Mobbing)

En este caso (Tabla 39) el perfil de (A) y (NA) difiere significativamente en cada uno de los apartados que se contemplan.

Tabla 39.- Perfil CVM (Conflicto, Violencia, Mobbing)

	Conductas	Duración	Frecuencia	Intencion.	Dirección	Suceso
(A)	Si	6 m. o más	Una o más veces por semana	Más que el resto de sus compañeros Igual que a sus compañeros	Descendente Horizontal Mixta	Cambios organizativos o personales, nueva incorporación, ningún cambio
(NA)	No	No	No	No	No	No

9.2.4. Factores psicosociales nocivos.

El perfil diagnóstico y el perfil CVM nos permite realizar la VDP (valoración del daño psicosocial) mediante la valoración de los factores psicosociales nocivos en el entorno laboral (tabla 40) y los daños que éstos han producido tanto al bienestar, calidad de vida, salud física y/o mental y en el ámbito laboral con la presencia de una o más variables CVM, así como el grado de las secuelas producidas.

Tabla 40.- Factores psicosociales nocivos

	Daño al bienestar	Daño a la calidad de vida	Daño a la salud física	Daño a la salud mental	Daño al desarrollo del trabajo	Una o más variables CVM
(A)	Si	Si	Si	Si	Si	Si
(NA)	No	No	No	No	No	No

9.2.5. Valoración del alcance del daño producido.

Para establecer la calificación de las secuelas derivadas de los factores psicosociales nocivos en el ambiente laboral (tabla 41), deben valorarse los factores psicológicos, médicos, jurídicos y laborales que concurren en cada caso concreto, con la finalidad de establecer el diagnóstico de las lesiones sufridas, las secuelas finales y determinar las limitaciones para el desempeño de su trabajo considerando las tareas fundamentales o no de su trabajo habitual.

Capítulo 9. Discusión y Conclusiones.

Tabla 41.- Valoración del alcance del daño producido

	Grado 1 Sin Secuelas	Grado 2 Incapacidad Parcial	Grado 3 Incapacidad Total	Grado 4 Incapacidad Absoluta
	Reincorporación al trabajo, sin síntomas residuales o con síntomas mínimos, compatibles con <i>mantenimiento de la eficacia</i> en su trabajo.	Reincorporación al trabajo, con síntomas que requieren supervisión médica ambulatoria, compatibles con el trabajo, pero con <i>pérdida de la eficacia</i> por dificultad de mantener lazos sociales en el mismo entorno laboral donde se sufrió el acoso.	Imposibilidad reincorporación al trabajo que desempeñaba, porque, por el mismo hecho de volver al lugar del acoso, desencadenan episodios o crisis de agudización psicosomática en forma de <i>recidivas</i> , que ocasionan frecuentes bajas laborales.	Imposibilidad desempeñar ningún tipo de trabajo porque, por el mismo hecho de compartir tareas profesionales con otros compañeros (relación horizontal) y depender de superiores (relación vertical), pone en peligro su integridad psíquica y física en forma de agravación del deterioro crónico.
(A)	Si	Si	Si	Si
(NA)	Si	No	No	No

9.2.6. Tratamiento jurídico.

Se debe proceder a la posterior tipificación jurídica de estas conductas (tabla 42), para facilitar así la efectiva realización del peritaje y su correspondiente informe.

Tabla 42.- Tratamiento jurídico.

	Daños derivados del trabajo	Riesgo laboral grave e inminente	Características del trabajo	Presión laboral tendenciosa	Indicios razonables
(A)	Si	Si	Si	Si	Si
(NA)	No	No	No	No	No

9.2.7. Síndrome Psicosocial en el Trabajo “SPT”.

Así mismo todos los datos expresados anteriormente, nos permiten mostrar la alteración del estado de la salud de los (A), la nosología del mobbing (tabla 43) mediante el estudio de la clínica basada en la agrupación de sus **signos** o manifestación objetiva de enfermedad o alteración de la salud, percibidos mediante examen físico y **síntomas** significativos o percepción de cambio subjetivo que se puede reconocer como anómalo causado por estado patológico o enfermedad, nos llevan a establecer el cuadro nosológico de lo que hemos denominado **Síndrome Psicosocial en el Trabajo “SPT”**.

Tabla 43.- Síndrome Psicosocial en el Trabajo “SPT”.

Síntomas	Motivo Consulta	Problemas Trabajo. Recibe conductas (MIC), (ODL) y/o (DIP) Más que el resto de sus compañeros. La situación le provoca daño a su bienestar, calidad de vida, salud física y/o mental y en el ámbito laboral
	Síntomas manifiestos	Desconfianza , Bajo estado de ánimo, Ansiedad, Angustia, Labilidad emocional
Signos	Diagnóstico	Trast. Depresivo. Valoración del alcance del daño. Daño derivado del trabajo. Riesgo laboral grave e inminente. Características del trabajo. Presión laboral tendenciosa. Indicios razonables
	Clasificación	El objeto de atención clínica es un problema laboral que no se debe a un trastorno mental o que, si se debe a un trastorno mental, es lo bastante grave como para merecer una atención clínica independiente. Los ejemplos incluyen la insatisfacción laboral y la incertidumbre sobre la elección profesional. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2: 1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás 2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos Durante o después del acontecimiento traumático, el

Capítulo 9. Discusión y Conclusiones.

		<p>individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:</p> <ol style="list-style-type: none">1. sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional2. reducción del conocimiento de su entorno (p. ej. estar aturdido)3. desrealización4. despersonalización5. amnesia disociativa (p. ej. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma) <p>El acontecimiento traumático se reexperimenta persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.</p> <p>Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej. pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).</p> <p>Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej. dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).</p> <p>Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.</p> <p>Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve.</p>
--	--	---

9.3. VISIÓN DE FUTURO.

Según informa Europa Press (2006), los datos aportados por el Secretario General de Empleo y el Director del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, demuestran que los nuevos riesgos psicosociales, categoría que engloba los sobreesfuerzos físicos, los

traumas psíquicos, el estrés, el *mobbing*, la falta de estabilidad laboral o la movilidad en el puesto de trabajo, son responsables del 34,35% del total de los siniestros. La violencia en el trabajo aumenta en todo el mundo y en algunos países alcanza niveles de epidemia, de acuerdo con una nueva publicación de la Organización Internacional del Trabajo (2006) que se refiere a prácticas como la intimidación, el hostigamiento sistemático o *mobbing*, las amenazas por parte de compañeros psicológicamente inestables, el acoso sexual y los homicidios. Como dice González (2002) para fomentar la cultura preventiva es necesario un cambio de actitudes y éste ha de ser un cambio para preservar la vida. También la propia Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales de la Comisión Europea (1999) informa que podrían detectarse y tratarse los signos precursores de una enfermedad de modo que no se convirtieran en enfermedad declarada. Asimismo podrían tomarse iniciativas del tipo «lugares de trabajo saludables» para la promoción de la salud.

Se debe tener en cuenta el ciclo de producción de la empresa en su totalidad, si se desea llevar adelante la promoción de la salud y la prevención de enfermedades de manera rentable. Este planteamiento debe estar integrado en el proceso de innovación, en este sentido, es más importante, optimizar parámetros vitales para los individuos y las compañías, que solamente evitar riesgos (Carrión, 2006). Debemos seguir en el estudio de los problemas de salud ocupacional y alteraciones del medio ambiente laboral provocados por la exposición a factores psicosociales nocivos en el ámbito del trabajo, para que con ello se implementen políticas públicas orientadas a mejorar dichas condiciones.

Es importante conjugar esfuerzos para la identificación y estudio de las diferentes afecciones producto de la relación trabajo-sociedad, teniendo en cuenta que el conocimiento científico que se puede entregar es de interés social, relevancia internacional y clave para una visualización, detección y prevención de los problemas derivados de la exposición a factores psicosociales nocivos en el ambiente laboral.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DESCRIPCIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTES AFECTADOS PRO FACTORES PSICOSOCIALES NOCIVOS
EN SU ENTORNO LABORAL
María De Los Ángeles Carrión García
ISBN:978-84-691-0207-7 / DL: T.2199-2007